

SOLICITUD DE SEGURO

TOMADOR	NOMBRE Y APELLIDOS: _____	DNI/NIF: _____
	DIRECCION: _____ C.P. _____	
	POBLACIÓN: _____	PROVINCIA: _____
	FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA CARNET: _____
	TELEFONO: _____	

PROPIETARIO	NOMBRE Y APELLIDOS: _____	DNI/NIF: _____
	DIRECCION: _____ C.P. _____	
	POBLACIÓN: _____	PROVINCIA: _____
	FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA CARNET: _____

CONDUCTOR	NOMBRE Y APELLIDOS: _____	DNI/NIF: _____
	DIRECCION: _____ C.P. _____	
	POBLACIÓN: _____	PROVINCIA: _____
	FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA CARNET: _____

OTROS	NOMBRE Y APELLIDOS: _____	DNI/NIF: _____
	FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA CARNET: _____

VEHICULO	MARCA/MODELO: _____ C.C. _____ C.V. _____
	MATRICULA: _____ FECHA 1º MATRICULACION: _____
	TIPO DE VEHICULO: _____ PARTICULAR / PÚBLICO
	PMA (Kgs): _____ REMOLQUE LIGERO: SI / NO
	DESCRIPCIÓN Y VALOR DE ACCESORIOS: _____

COBERTURAS	TERCEROS	SI / NO	TODO RIESGO	SI / NO
	TERCEROS+LUNAS	SI / NO	TODO RIESGO+FRANQUICIA	
	TERCEROS COMBINADO (ROBO, INCENDIO, LUNAS)	SI / NO	(IMPORTE)	
	TERCEROS COMBINADO+PERDIDA TOTAL	SI / NO		

	DURACIÓN	FECHA ENTRADA EN VIGOR	FORMA DE PAGO
	_____	_____	ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL

DOMICILIO DE PAGO	BANCO: _____
	ENTIDAD OFICINA DC N° CUENTA
	CODIGO DOMICILIACIÓN _____

CONFORMIDAD	El solicitante declara que QUEDA ENTERADO de las coberturas solicitadas
	Firma
	Nombre y apellidos
	DNI
	FECHA: _____